

冷的吸入空气,从而达到加温、加湿的目的。美国国家标准研究所 (American Nation Standard Institute, ANSD) 认为^[7-9],气管插管或气管切开患者,所有湿化器输出功率至少需要达到 30 mg/L (即 30 ℃ 时 100% 的相对湿度),这是防止气道分泌物结痂和避免黏膜损伤的最低湿度要求。在没有严格温度、湿度控制的普通病房,单纯应用人工鼻湿化尚不能达到此标准,而气管内滴注湿化法并无加温作用,会增加右肺感染的发生率^[10]。由于目前 MR850 氧疗湿化系统气道湿化成本较高,尚未完全普及,故笔者采用人工鼻配合间歇微量泵对气管切开患者进行人工气道湿化。

本研究结果显示,在湿化效果方面,人工鼻配合间歇微量泵组效果最接近人体的生理需求,人工鼻组次之,持续微量泵组最差。在湿化温度方面,A 组最接近体温,C 组次之,B 组最差,这可能与间歇微量泵时失去人工鼻的加温作用有关。在血氧饱和度方面,三组患者的血氧饱和度均能基本保持在正常范围内,其中 C 组最高,B 组次之,A 组最低。在吸痰量方面,C 组最少,A 组次之,B 组最多。在吸痰次数方面,C 组最少,A 组和 B 组较多。在气道痰液黏稠度方面,三组患者的痰液黏稠程度均有所下降,其中 C 组比 A 组和 B 组下降程度更明显。在吸痰量和吸痰次数减少的同时保持较高的血氧饱和度,从一定程度上说明气管切开患者的阻塞性肺通气障碍得到改善,痰液可以正常排出,避免了痰痂形成阻塞气道,与研究前后的气道痰液黏稠度比较结果相互印证。在肺部感染控制时间方面,C 组最短,B 组次之,A 组最长,考虑与气管内滴注湿化法并无加温作用,且缺乏人工鼻的屏障作用,外界致病微生物更容易进入呼吸道有关,从而增加了肺部感染的发生率。

综上所述,本研究采用人工鼻配合间歇微量泵对气管切开患者进行人工气道湿化,基本接近生理所需温湿度气体要求,能够降低气道痰液黏稠度,促进痰液正常排出,改善阻塞性肺通气功能障碍,缩短肺部感染控制时间。本研究尚存在人工鼻更换费用较高,人工鼻通气空隙可能被痰液堵塞,普通病房环境温湿度对研究结果存在一定程度影响等不足,有待进一步深入研究。

参考文献

[1] 全金梅,燕朋波,姚利秀.不同气道湿化方法对人工气道湿化效果的研究进展[J].武警后勤学院学报(医学版),2014,23(3):269-272
[2] 姜超美,白淑玲,王辰.人工气道后痰液粘稠度的判断方法和临床意义[J].中华护理杂志,1994,29(7):434
[3] Gursel G, Demirtas S. Value of APACHE II, SOFA and CPIS scores in predicting prognosis in patients with ventilator-associated pneumonia [J]. Respiration, 2006, 73(4): 503-508
[4] American Thoracic Society, Infections Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2005, 171(4): 388-416
[5] 高明榕,成守珍,张妙音,等.集束化综合护理方案预防呼吸机相关性肺炎的研究[J].中国护理管理,2010,10(1):12-14
[6] 王静,鱼丽荣,石晓霞.3 种不同人工气道湿化方法的效果比较[J].护理研究(上旬版),2010,24(5A):1172-1173
[7] 宁有志,周丽.人工气道两种气管内滴药方法湿化气道效果研究[J].基层医学论坛,2010,14(36):1074-1075
[8] 宋廷艳.人工气道持续湿化法与间歇湿化法效果比较[J].中国实用医药,2010,5(35):219-220
[9] Lorente L, Lecuona M, Jiménez A, et al. Ventilator-associated pneumonia using a heated humidifier or a heat and moisture exchanger: a randomized controlled trial [ISRCTN88724583][J]. Crit Care, 2006, 10(4): 116
[10] 赵晶.重症监护室气管切开并发症的护理研究进展[J].全科护理, 2013, 11(2): 172-175

(收稿日期: 2015-02-27)

中医骨伤门诊老年腰背痛患者的心理状况及护理对策

肖璟

(天津中医药大学第一附属医院 天津 300193)

摘要:目的:探讨中医骨伤科门诊老年腰背痛患者的心理状况及护理对策。方法:对 2013 年 2 月~2013 年 8 月的 108 例腰背痛老年患者进行系统护理和观察,针对不同患者,采取相应的护理措施和方法。结果:针对不同的患者选择不同的优质护理措施和方法,可以为患者创造有利的治疗和康复时机。结论:有效的系统护理措施和方法,有助于老年患者腰背痛的康复。

关键词:老年腰背痛;中医骨伤;心理状况;护理对策

中图分类号:R473.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.045

腰背痛是老年患者的常见症状,发生率为 70%~80%,且多数老年患者同时合并有骨质疏松症(osteoporosis, OP),其发病率随着社会老龄化程度

的加重,逐渐上升^[1]。2013 年 2 月~2013 年 8 月间,我院中医骨伤门诊采取不同的优质方法对老年骨质疏松症腰背痛患者进行护理,取得了满意的康复效

果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 2 月~2013 年 8 月我院中医骨伤门诊骨质疏松症腰背痛患者 108 例,男 47 例,女 61 例;年龄 60~79 岁,平均年龄 68 岁;病程 30 d~7 年。其中具有本科及以上学历 25 例,占总人数 23%;初高中学历 38 例,占总人数 35%;无学历患者 45 例,占总人数 42%。通过影像检查及双能 X 线骨密度测量均确诊为腰背关节退行性病变及 OP,排除其他如结核、外伤、骨折、滑脱等腰背痛因素。

1.2 护理对策 对不同文化程度的老年患者进行分析,采用不同的心理干预手段及护理措施,并且综合运用中药理疗及骨质疏松治疗仪进行治疗。

1.3 疗效评价标准 参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[2]:治愈:腰背痛症状基本消失,压痛与叩击痛不明显,功能基本恢复;好转:症状较治疗前明显减轻,活动或疲劳后有疼痛;无效:症状无改善或加重。

1.4 疗效评价结果 108 例患者按上述治疗 14 d,治愈 36 例,好转 58 例,无效 14 例,总有效率 87%。

2 护理方法

2.1 老年患者的心理特点分析 在不同的患者中,恐惧、急躁、顾虑等心理往往同时存在。

2.1.1 恐惧与害怕 本组 58 例。大部分老年人进入患者角色的初始反应大多害怕医院陌生环境,过分担心自己的病情,怕发生意外。这是由于对所患疾病知识缺乏,对治疗过程不了解,害怕疼痛加剧,从而加重恐惧和害怕心理。

2.1.2 急躁心理 本组 32 例。患者求医心切,希望尽快办理各项就诊手续,缩短等候时间,但是一般诊疗都要经过挂号、候诊、检查、交费、治疗等过程,遇人多排队更会消耗许多时间,患者得不到及时诊治,会产生急躁心理,同时还会引起医患关系紧张。

2.1.3 顾虑心理 本组 40 例。随着近年物价的上涨,消费水平的提高,医疗费用较高,加上老年人的经济来源有限,担心费用问题,同时对医生的技术水平、治疗效果等也心存怀疑。

2.1.4 不耐烦心理 本组 31 例。老年腰背痛治疗的特点是需要多个阶段、多个疗程的治疗,每个阶段都必须由患者和医生护士配合完成,每次治疗时间长,且见效不会十分明显。有些老年患者不愿多次复诊,有时治疗了一半,疼痛症状有所减轻就停止治疗,不按医生的要求复诊,延误了病情,造成更大的痛苦。同时由于患者来自社会的各个阶层,文化程度不一,对医疗知识的了解不尽相同,对疾病治疗的态度也不一样,因此部分患者对复诊会产生不耐烦的心理。

2.2 心理干预 为了解决上述患者的病痛,我科从以下方面入手,对患者进行针对性的心理护理^[3-4],取得了满意的效果。

2.2.1 消除患者恐惧心理 对文化程度较低的患者,采用通俗易懂的语言向其讲解所患疾病的病因、病情的发展、治疗方法以及愈后。通过介绍成功康复案例,或邀请处于骨伤恢复期的患者现身说法,更能提高患者对疾患的认识,减轻其对疾病的恐惧心理,提升战胜疾病的信心。

2.2.2 抚平患者急躁心理 首次就医的老年患者多半病情较重,而且对医院环境陌生,我科护士主动给患者详细讲解就医流程,合理安排就诊次序,减少其等候时间。对无家属陪伴的患者主动协助其进行检查、缴费、取药等工作;尽快根据医嘱安排治疗,如中药熏蒸治疗、微波透射理疗。再次就诊时就可以通过预约,以达到快速办理手续、完成治疗的目的。

2.2.3 消除患者顾虑心理 针对患者的两重顾虑,一是用多个康复案例建立起患者对其主治医生的信任;二是详细讲解收费清单,让患者和家属理解医院的合理收费以及治疗方案的正确性。使其认识到与医护配合、积极地治疗可以缩短康复时间,减少不必要的支出。

2.2.4 调解患者不耐烦心理 通过耐心讲解正、反康复病例使患者深刻理解该疾病坚持治疗的重要性,及间断治疗后会产生严重后果。鼓励患者树立坚持治疗、彻底战胜疾病的信心。

2.2.5 利用各种形式做好疾病的宣教 采取多种形式进行疾病的健康宣传教育,增强患者的防病知识,针对不同文化程度的老年患者,宣教时注意语言的通俗易懂,简单明了。如嘱咐患者要注意保暖,多卧床休息,对于腰痛的患者叮嘱其起床时要佩戴护腰,并且要适时进行锻炼,以促进疾病的康复,保证治疗效果。

2.2.6 生活起居教育 指导老人进行适当运动锻炼,保持居住环境的干燥、通风,避免屋内潮湿、阴凉。进行防滑防摔理念的教育,避免摔倒导致骨折。使患者对生活起居、运动锻炼、姿势姿态有充足的认识^[5]。

2.3 理疗护理措施

2.3.1 采用本院自拟海桐皮方湿敷药透理疗 药物组成:海桐皮 30 g、伸筋草 30 g、透骨草 30 g、生艾叶 30 g、川牛膝 30 g、苏木 30 g、川芎 30 g、刘寄奴 30 g、羌活 30 g、独活 30 g。将上述中药用药袋装好放入药蒸锅,进行加热,预热,湿敷患者腰背疼痛部位,每次药物湿敷治疗 20~30 min,1 次/d。

2.3.2 药物湿敷前做好沟通工作 说明其机制和目的及需要注意的事项,使患者保持良好心态,积极配合,并且检查仪器和电源,确保安全。

2.3.3 保持隐秘性 用黄色窗帘隔开患者,营造私密的治疗环境。同时注意与患者交流,观察肤色,及时调整,防止烫伤及过敏情况出现。一旦皮肤红肿、瘙痒即刻停止^[6]。

2.3.4 仪器 骨质疏松治疗仪(XT-2000B 型),频率 8~32 Hz,强度 1~3 档,幅度 2~6 档,治疗时间 30 min。

3 讨论

在对 108 例老年腰背痛患者的护理工作中,针对不同的患者,选择不同的优质护理方法,尤其是突出心理护理在整个护理过程中的重要作用,对患者生活质量的改善、疗效的提高有促进作用,为患者创造了有利的治疗和康复时机。

参考文献

[1]赵东林,张晓岩,赵琳.老年人韧带损伤致关节功能障碍的康复疗效分析[J].解放军保健医学杂志,2005,7(3):145-147
[2]国家中医药管理局.中医病证诊断治疗标准[S].南京:南京大学出版社,1994.27
[3]陆爱琼.优质护理理念在晚期肿瘤患者中的应用[J].中国肿瘤临床与康复,2013,20(3):278-279
[4]纪艳芬.腰腿痛的中医护理与健康指导[J].当代护士:学术版(中旬刊),2012(9):80-81
[5]唐受爱.循证护理在腰腿痛护理中的应用[J].中国现代药物应用,2010,4(16):185-186
[6]左利平,樊永红.颈肩腰腿痛 60 例的心理护理[J].中国误诊学杂志,2011,11(33):8251

(收稿日期:2014-12-31)

老年患者使用大小型号留置针后留置时间与并发症发生情况比较

朱若真

(江西省吉安市中医院 吉安 343009)

摘要:目的:分析老年患者使用大小型号留置针后留置时间与并发症的发生情况。方法:选择 200 例使用静脉留置针输液的老年患者随机分成 A 组与 B 组,各 100 例,A 组使用小号留置针(24 G)进行静脉穿刺及护理;B 组使用大号留置针(22 G)进行静脉穿刺及护理。结果:两组患者留置时间及发生皮下血肿、静脉炎等并发症的差异具有统计学意义, $P<0.05$;而发生液体渗漏、套管堵塞的差异无统计学意义, $P>0.05$ 。结论:使用小号留置针可显著延长留置时间,并可减少皮下血肿、静脉炎发生的风险。

关键词:大小型号留置针;老年患者;留置时间;并发症

中图分类号:R472.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.046

留置针技术目前已在临床上得到广泛应用,具有减少反复穿刺痛苦和护理工作量、降低穿刺血管的风险等优点。但在临床应用中,由于老年患者皮肤较薄、血管弹性差,且大多患有高血压、糖尿病等全身性血管慢性疾病,容易出现皮下血肿、液体渗漏、静脉炎、套管堵塞等并发症。有学者主张,在不影响输液速度的前提下,应尽量使用细、短留置针^[1]。本研究对 200 例老年患者使用大号、小号留置针的临床效果进行比较。现报告如下:

1 对象与方法

1.1 研究对象 从我院 2012 年 9 月~2014 年 11 月收治的使用静脉留置针的老年患者中选出 200 例患者,年龄 78~93 岁,平均年龄 (86.3 ± 3.2) 岁;其中男 128 例,女 72 例;罹患疾病主要为心血管、内分泌及呼吸系统慢性疾病;排除有肿瘤、肝病、血栓栓塞、脑梗、近期有抗栓、活血药物服用史以及长期卧床患者。所有患者均积极配合治疗,未出现自动要求拔管及自动出院的情况。

1.2 研究方法

1.2.1 操作方法 将 200 例患者随机分成 A 组和 B 组,各 100 例。A 组选用 24 G 留置针,B 组选用

22 G 留置针。穿刺前均根据患者病情、活动程度、配合程度进行健康指导。穿刺均由 3 年以上资历、技术娴熟的护师进行。挑选患者弹性较好、相对粗直避开关节处的静脉。严格执行无菌操作,输液结束后均用 10 ml 注射器抽取 5 ml 生理盐水进行正压封管。

1.2.2 观察内容 留置时间、并发症。并发症:(1)静脉炎:静脉炎是静脉留置针最严重的并发症之一,主要表现为局部沿静脉走行的红、肿、痛,也可伴有发热等全身症状,严重患者可从病变静脉抽出脓液。目前采用美国静脉输液护理学会静脉炎程度的判断标准:I 级:穿刺点疼痛,红或肿,静脉无条索状改变,未触及硬结;II 级:穿刺点疼痛,红或肿,静脉有条索状改变,未触及硬结;III 级:穿刺点疼痛,红或肿,静脉有条索状改变,可触及硬结^[2]。(2)皮下血肿:皮下血肿是由于穿刺过程中损伤毛细血管、小动静脉,或穿破穿刺静脉形成,表现为局部皮肤青紫、明显肿块,偶有疼痛。(3)液体渗漏:由血管内液体从血管损伤处或血管与穿刺针的缝隙中漏出形成。(4)套管堵塞:主要与血管套管中出现血凝块或血液流速过慢引起。

1.2.3 统计学方法 数据处理采用 SPSS11.0 统计